

FAX : 059-231-5541

TEL : 059-231-5552

予 約 申 込 書 (診 療 ・ セ カ ン ド オ ピ ニ オ ン) F A X 送 信 票

申込日 令和 年 月 日

紹 介 元	医療機関名		所属科	
	担当医師		TEL - -	
	所在地		FAX - -	
診 療	診療科	<input type="checkbox"/> 診療科 科		
	担当医師	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 医師指定	医師
療	診 察 日	<input type="checkbox"/> 診察希望日 ① 年 月 日 ()		
		② 年 月 日 ()		
依 頼	紹 介 目 的	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン		
		現在貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		

※受診当日入院中の場合は、入院基本料のわかる書類をお持ちください。

※患者様の診療情報提供書を申込時にFAXしてください。

患 者 基 本 情 報			
フリガナ		性別	旧姓
患者氏名		男・女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
住 所 電話番号	〒 日中連絡がとれる電話番号 ()		
本院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号)		
外国籍の方へ	当院受診時に 通訳が 必要か否か	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (ポルトガル語・スペイン語・その他)	